

# SOLICITUD DE cobertura de atención médica

*(y para averiguar si puede recibir ayuda para cubrir el costo)*

<p>Utilice esta solicitud para averiguar a qué cobertura de atención médica puede ser elegible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes privados de salud calificados.</li> <li>• Si desea averiguar si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera que lo ayude a pagar la cobertura de atención médica, utilice el formulario más extenso de esta solicitud.</li> </ul>
<p>Agilice el proceso de solicitud en línea</p>	<p><b>Agilice el proceso de solicitud ingresando a la pagina electronica <a href="http://www.healthsourceri.com">www.healthsourceri.com</a>.</b></p> <p>Esta solicitud contiene las mismas preguntas que puede consultar en nuestra pagina electronica.</p> <p>Varias páginas se repiten a fin de poder incluir a los miembros de familias numerosas. Lea las notas que aparecen en la parte superior de las secciones para averiguar si puede omitir alguna.</p>
<p>Información que puede ser necesaria para completar la solicitud:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Números de Seguro Social.</li> <li>• Fechas de nacimiento.</li> <li>• Números de pasaporte, extranjero u otros documentos de inmigración de todo inmigrante legal que necesite cobertura de atención médica.</li> </ul>
<p>¿Por qué le solicitamos que proporcione tanta información?</p>	<p>Necesitamos la siguiente información para determinar a qué cobertura de atención médica califica. Se resguardará la confidencialidad de la información que proporcione de acuerdo con lo que dicta la ley.</p>
<p>Envíe la solicitud completa y firmada a la siguiente dirección:</p>	<p>HealthSource RI HZD Mailroom 74 West Road, Suite 900 Cranston, RI 02920-8413</p>
<p>Para obtener ayuda con esta solicitud:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite la pagina electronica: <a href="http://www.healthsourceri.com">www.healthsourceri.com</a>.</li> <li>• Por teléfono, llame al Centro de Atención al Cliente al 1-855-609-3304 o al 1-888-657-3173 (TTY).</li> <li>• Para obtener ayuda en persona para completar la solicitud, visite las paginas electronicas <a href="http://www.healthsourceri.com">www.healthsourceri.com</a>, <a href="http://www.dhs.ri.gov">www.dhs.ri.gov</a> o <a href="http://www.eohhs.ri.gov">www.eohhs.ri.gov</a>. También puede acercarse a la siguiente dirección: 401 Wampanoag Trail, East Providence RI (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.)</li> </ul>

## Definiciones

**HealthSource RI:** HealthSource RI es un recurso único que conecta a los residentes de Rhode Island con una variedad de opciones de seguros de salud. Proporciona las herramientas, los recursos y la información que necesita para permanecer informado y saludable. Si necesita un seguro para usted, su familia o sus empleados, encontrará todo lo que necesita para analizar sus opciones y elegir un plan adecuado. Nuestro sitio web le permite comparar sus opciones de cobertura una por una en términos sencillos. Nuestros expertos están disponibles durante un horario extendido para ayudarlo con sus preguntas, inquietudes o problemas.

Independientemente del plan que elija, obtendrá los beneficios de salud esenciales, incluidas las consultas a médicos, las hospitalizaciones, el cuidado de maternidad, las emergencias y las recetas. También puede calificar para un crédito fiscal para ayudarlo a pagar el seguro. HealthSource RI también puede proporcionar información y asistencia en relación con las solicitudes de los programas públicos como Medicaid de Rhode Island.

**Prima:** la prima mensual es la cantidad que paga cada mes por su seguro de salud. Debe pagar la prima mensual a término cada mes a fin de mantener activo su seguro de salud. Con HealthSource RI, la prima puede debitarse directamente de su cuenta bancaria cada mes. También puede pagar con cheque o giro postal.

**Deducible:** el deducible es la cantidad que debe pagar por determinados servicios de atención médica antes de que el seguro de salud pague lo que le corresponde. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, el plan no pagará nada hasta que usted haya cancelado el deducible de \$1,000 por los servicios de atención médica cubiertos que están sujetos al deducible. Es posible que el deducible no se aplique sobre todos los servicios.

**Créditos en Impuestos Fiduciarios Avanzados:** HealthSource RI ofrece créditos en impuestos fiduciarios para ayudar a los residentes de Rhode Island a pagar por el costo del monto mensual de su seguro de salud. Estos créditos en impuestos están basados en quien está incluido como miembro del hogar, y en los ingresos generados en dicho hogar. La Cantidad de Créditos en Impuestos Fiduciario es pagada directamente a su proveedor de seguro de salud.

**Reducciones de costos compartidos:** las reducciones de costos compartidos reducen la cantidad de dinero que destina a su atención médica. Pagará menos por los copagos, deducibles y coseguros cuando consulte al médico, visite un hospital u obtenga una receta médica. Estos descuentos por reducción de costos compartidos solo están disponibles en los planes Silver. **Para averiguar si reúne los requisitos, utilice el formulario más extenso de esta solicitud.**

**Cobertura esencial mínima:** este es el tipo de cobertura que una persona debe tener para cumplir con el requisito de responsabilidad individual conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act). Esto incluye pólizas individuales del mercado, cobertura subsidiada por el empleador, Medicare, Medicaid, el Plan de Seguro Médico para Niños (CHIP, Children's Health Insurance Plan), TRICARE y otros planes que cubren los beneficios esenciales de salud.

**Estándar de valor mínimo:** un plan de salud cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte que le corresponde pagar al plan del costo total de los beneficios cubiertos supera el 60 % de dicho costo. Si no tiene acceso a ningún tipo de cobertura de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo, puede ser elegible para recibir créditos fiscales que lo ayuden a cubrir el costo del seguro. **Para averiguar si reúne los requisitos, utilice el formulario más extenso de esta solicitud.**

**Requisito de responsabilidad individual:** a partir de 2014, el requisito de responsabilidad individual compartida exige que todas las personas tengan una cobertura mínima esencial de salud (conocida como cobertura mínima esencial) para cada mes, reúnan los requisitos para una exención o efectúen un pago al presentar su declaración de impuestos federales sobre la renta.

**Programa Medicaid de Rhode Island:** los programas de cobertura de salud pública para los residentes elegibles de Rhode Island se financian a través de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program). El programa Medicaid de Rhode Island ofrece atención médica a través de sus planes de contención del gasto de salud Rite Care para familias con hijos, las opciones de atención médica Rhody Health Partners y Connect Care para adultos y ancianos, y una serie de programas institucionales y comunitarios que ofrecen servicios y ayudas a largo plazo. **Para averiguar si reúne los requisitos, utilice el formulario más extenso de esta solicitud.**

# Derechos y responsabilidades de la cobertura de atención médica

**Los siguientes son los derechos de los que goza con todos los programas de seguro de salud. Es deber de HealthSource RI:**

**Ayudarlo a completar todos los formularios solicitados.** Puede ponerse en contacto con HealthSource RI para recibir ayuda.

**Brindarle servicios de interpretación o traducción sin costo alguno cuando se comunique con HealthSource RI.**

De conformidad con las leyes federales y estatales, y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, U.S. Department of Health and Human Services), **esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de la raza, color, nacionalidad (personas con dominio limitado del inglés), edad, sexo, discapacidades, religión, identidad de género o ideología política.** Para presentar un reclamo por discriminación, comuníquese por escrito con el HHS a la siguiente dirección: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201. También puede comunicarse a los teléfonos (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TDD). El HHS es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Las siguientes son las responsabilidades que tiene con todos los programas de seguro de salud. Usted debe:**

**Proporcionar su número de Seguro Social (SSN, Social Security Number).** Debe proporcionar el número de Seguro Social (SSN) de todos los miembros de su grupo familiar, incluido usted, que soliciten un seguro de salud a través de HealthSource RI, de conformidad con la Ley Federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910).

Los SSN se utilizan para comprobar la identidad, la ciudadanía, la condición de inmigración y los ingresos, así como para prevenir el fraude y verificar reclamos de atención médica. La información de los SSN también se utiliza en conjunto con otras agencias federales y estatales, incluido el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), para administrar nuestros programas y cumplir con lo que dicta la ley.

**Si la agencia se lo solicita,** debe proporcionar toda información o documentación necesarios para determinar su elegibilidad.

**Debe comunicar cambios en los ingresos, integrantes del grupo familiar y demás información incluida en la solicitud tan pronto como sea posible.**

**Lo que debe saber acerca de todos los programas de seguro de salud:**

**Determinadas leyes federales y estatales** rigen el funcionamiento de HealthSource RI, sus derechos y responsabilidades como usuario de HealthSource RI y la cobertura obtenida a través de este. Al completar esta solicitud, acepta cumplir con dichas leyes y la cobertura obtenida de conformidad con ellas.

**La Ley de Inscripción Nacional de Electores de 1973 (National Voter Registration Act of 1973)** exige que todos los estados brinden ayuda para la inscripción de electores a través de sus oficinas de asistencia pública. El hecho de inscribirse para votar o negarse a hacerlo no afectará los servicios o beneficios que le proporcionará esta agencia. Puede inscribirse para votar en la pagina electronica <http://www.elections.ri.gov/voting/registration.php>.

**Puede solicitar una apelación.** Si no está de acuerdo con una determinación que tomó HealthSource RI respecto de su elegibilidad, tiene derecho a apelar dicha decisión. De acuerdo con la Norma N.º 0110 de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, Executive Office of Health and Human Services), denominada “Reclamos y audiencias”, puede presentar una apelación de una determinación de elegibilidad y el caso será atendido por un oficial de audiencia. Debe presentar una apelación en un plazo de 30 días que comienza cinco días después de la fecha en que HealthSource RI le envió la notificación por correo electrónico (fecha de transmisión) o por correo postal (fecha del matasellos). Luego de recibir la notificación, puede solicitar una apelación. La notificación contiene información sobre cómo solicitar una apelación. Comuníquese con HealthSource RI al teléfono (855)712-9158 si tiene alguna pregunta.

**Las restricciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA, Health Insurance Portability and Accounting Act)** nos impiden dar a conocer su información de salud o la de cualquier miembro del grupo familiar a cualquier persona, incluso a un

representante autorizado, a menos que esa persona tenga un poder notarial o que usted haya firmado un formulario de consentimiento que permita la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información de salud mental, los resultados de pruebas de VIH, SIDA o ETS, o el tratamiento y los servicios para la dependencia de sustancias químicas.

**La información que proporcione a HealthSource RI** será sometida a verificación por parte de organismos estatales y federales. A fin de evaluar su solicitud y determinar si reúne los requisitos para comprar un plan, HealthSource RI debe obtener información confidencial financiera y de otra naturaleza por parte de las agencias estatales y federales. Este proceso también puede incluir contactos de seguimiento por parte del personal de la agencia.

**Se protegerá su información personal tal como se describe en la Política de privacidad de HealthSource RI, que se encuentra a su disposición. Puede ponerse en contacto con HealthSource RI para solicitar una copia. HealthSource RI no es responsable de la administración de su plan de seguro de salud.** Su empresa de seguro de salud le puede brindar más información acerca de sus beneficios. **Si tiene preguntas acerca de las condiciones de su plan de seguro de salud, por ejemplo, sobre los beneficios para los que es elegible, los gastos de bolsillo correspondientes a su plan y cómo reclamar un beneficio o apelar una denegación de beneficios, debe comunicarse con su empresa de seguros de salud.** Si es elegible de acuerdo con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) luego de la rescisión de una cobertura de seguro de salud, la responsabilidad por la administración y el envío de los avisos y períodos de elección de COBRA recae sobre su antiguo empleador o emisor.

No cancele ninguna cobertura de seguro vigente ni rechace los beneficios de COBRA hasta que reciba la carta de aprobación y la póliza de seguro, también conocida como contrato o certificado de seguro, por parte de la empresa de seguros de su elección. Asegúrese de comprender y aceptar las condiciones de la póliza, y preste especial atención a la fecha de entrada en vigencia, los períodos de espera, el monto de la prima, los beneficios, las limitaciones, exclusiones y cláusulas adicionales.

## **Lo que debe saber sobre los planes de salud calificados:**

**Si se inscribe en un plan de salud calificado a través HealthSource RI y no proporciona información suficiente que le permita a HealthSource RI verificar su elegibilidad** para comprar un plan, o si la información que proporciona no se puede verificar, tiene 90 días para proporcionar información adicional a fin de satisfacer los requisitos de elegibilidad de HealthSource RI. Durante este período, debe ponerse en contacto con el personal de HealthSource RI para tratar de proporcionar la información faltante o corregir cualquier incongruencia de modo que la cobertura y los costos correspondientes entren en vigencia lo antes posible.

**Las tarifas de las primas están sujetas a cambio** de acuerdo con las prácticas de suscripción de la empresa de seguro de salud y los beneficios opcionales disponibles que elija, si los hubiera. La empresa de seguro de salud determina las tarifas finales en todos los casos.

**Las tarifas de las primas SOLO corresponden a la fecha de entrada en vigencia solicitada.** Si la fecha real de entrada en vigencia de su póliza difiere de la fecha solicitada, el costo real de su póliza puede variar en comparación con las tarifas mencionadas en HealthSourceRI.com, debido a aumentos en las tarifas, cambios en las políticas de la compañía aseguradora, o bien a que uno o más miembros del grupo familiar cumplan años. (Las tarifas varían en gran medida según la edad). Es posible que la compañía aseguradora de su elección no pueda garantizar que no habrá cambios en sus tarifas durante un determinado período hasta que se firme un contrato.

# Solicitud de cobertura de atención médica

<b>Acerca de usted y su familia</b>			
<p>Inclúyase a usted mismo, a otros miembros del grupo familiar y a toda persona que esté incluida en su declaración de impuestos federales, si declara impuestos. Si no está casado, solo debe incluir a su pareja (novio/a) si conviven Y si tienen hijos en común. Si no tiene hijos en común con su pareja, no la incluya. Asimismo, no incluya a su coinquilino. Puede completar la solicitud de otras personas de su grupo familiar incluso si usted no necesita cobertura. No es necesario que indique los números de Seguro Social (SSN, Social Security Number) de los miembros del grupo familiar que no solicitan cobertura o que no son elegibles para ella. No es necesario que indique los números de Seguro Social (SSN, Social Security Number) de los miembros del grupo familiar que no solicitan cobertura.</p>			
<b>Solicitante principal - Un adulto del grupo familiar debe actuar como persona de contacto a los fines de esta solicitud.</b>			
<b>1.</b> Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)
<b>2.</b> Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>3.</b> Fecha de nacimiento	Mes: _____ Día: _____ Año: _____
<b>4.</b> ¿Solicita cobertura médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>5.</b> ¿Solicita cobertura dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>6.</b> ¿Tiene un número de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>7.</b> En mi tarjeta de Seguro Social figura un nombre diferente:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si tiene un número de Seguro Social, escríbalo aquí.</b>		<b>7.a. Si la respuesta es SÍ,</b> indique el nombre que figura en la tarjeta:	
<b>6.a.</b> Número de Seguro Social (SSN): _____		_____	
<b>Familiar 2 – Puede omitir las preguntas 13 y 14 si esta persona no solicita cobertura de salud.</b>			
<b>8.</b> Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)
<b>9.</b> Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>10.</b> Fecha de nacimiento	Mes: _____ Día: _____ Año: _____
<b>11.</b> ¿Solicita esta persona cobertura médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>12.</b> ¿Solicita esta persona cobertura dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>13.</b> ¿Tiene esta persona un número de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>14.</b> En la tarjeta de Seguro Social de esta persona figura un nombre diferente:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si esta persona tiene un número de Seguro Social, escríbalo aquí.</b>		<b>14.a. Si la respuesta es SÍ,</b> indique el nombre que figura en la tarjeta:	
<b>13.a.</b> Número de Seguro Social (SSN): _____		_____	
<b>Familiar 3 – Puede omitir las preguntas 20 y 21 si esta persona no solicita cobertura de salud.</b>			
<b>15.</b> Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)
<b>16.</b> Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>17.</b> Fecha de nacimiento	Mes: _____ Día: _____ Año: _____
<b>18.</b> ¿Solicita esta persona cobertura médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>19.</b> ¿Solicita esta persona cobertura dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>20.</b> ¿Tiene esta persona un número de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>21.</b> En la tarjeta de Seguro Social de esta persona figura un nombre diferente:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si esta persona tiene un número de Seguro Social, escríbalo aquí.</b>		<b>21.a. Si la respuesta es SÍ,</b> indique el nombre que figura en la tarjeta:	
<b>20.a.</b> Número de Seguro Social (SSN): _____		_____	
<b>Familiar 4 – Puede omitir las preguntas 27 y 28 si esta persona no solicita cobertura de salud.</b>			
<b>22.</b> Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)
<b>23.</b> Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>24.</b> Fecha de nacimiento	Mes: _____ Día: _____ Año: _____
<b>25.</b> ¿Solicita esta persona cobertura médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>26.</b> ¿Solicita esta persona cobertura dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>27.</b> ¿Tiene esta persona un número de Seguro Social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>28.</b> En la tarjeta de Seguro Social de esta persona figura un nombre diferente:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si esta persona tiene un número de Seguro Social, escríbalo aquí.</b>		<b>28.a. Si la respuesta es SÍ,</b> indique el nombre que figura en la tarjeta:	
<b>27.a.</b> Número de Seguro Social (SSN): _____		_____	

Haga una copia de esta hoja si desea agregar otros miembros del grupo familiar.

## Información de contacto y dirección

1. Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)

**1.a.** Número de teléfono principal

- Teléfono celular  
 Número de teléfono particular  
 Número de teléfono del trabajo

**1.b.** Número de teléfono secundario

- Teléfono celular  
 Número de teléfono particular  
 Número de teléfono del trabajo

**1.c.** Dirección de correo electrónico (obligatorio):

2. Es posible que HealthSource RI necesite ponerse en contacto con usted en relación con el estado de su solicitud o para solicitarle información adicional. ¿Cuál es su medio de contacto preferido?  Correo electrónico  Correo postal

3. ¿En qué horario prefiere que nos comuniquemos con usted por teléfono?  Mañana  Tarde  Noche  Fines de semana  En cualquier momento

4. Idioma en el que prefiere hablar

- Inglés  Español  Portugués

5. Idioma en que prefiere la correspondencia

- Inglés  Español  Portugués

6. Domicilio particular

Depto./unidad N.º

Ciudad

Estado

Código postal

7. Dirección postal (si difiere)

Depto./unidad N.º

Ciudad

Estado

Código postal

7.b. Actualmente no tengo un lugar de residencia permanente.

Si no tiene un lugar de residencia permanente, puede ingresar la dirección de la persona con quien se aloja, de un refugio para personas sin hogar o de la oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS, Department of Human Services) más cercana.

## Información personal

8. Origen étnico (opcional)  Mexicano  Puertorriqueño  Cubano  Hispano de otro país  No hispano

9. Raza (opcional)  Blanco  Negro o afroamericano  Nativo americano o nativo de Alaska  Hindú  Chino  
 Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  Asiático de otro país  Nativo de Hawái  Guameño  
 Chamorro  Samoano  Nativo de otra isla del Pacífico  Otro

10. ¿Se encuentra actualmente en prisión?  Sí  No

10.a. Si la respuesta es **SÍ**: Fecha prevista de liberación: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

### Información sobre su ciudadanía o condición de inmigración

*No es necesario que responda las preguntas 11 a 15 si no solicita cobertura.*

**11.** ¿Es usted un ciudadano estadounidense?  Sí  No

**12.** Si no es un ciudadano, ¿residió esta persona en los EE. UU. durante un período antes del 22 de agosto de 1996?  Sí  No

### 13. Proporcione información sobre su documentación de inmigración.

*Si su condición de inmigración es elegible, brinde a continuación información sobre su documentación.*

Tipo de documento		Número del documento	Vigencia (MM/DD/AA)
<b>13.a.</b> Certificado de ciudadanía: N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de ciudadanía	No corresponde
<b>13.b.</b> Certificado de naturalización: N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de naturalización	No corresponde
<b>13.c.</b> Permiso de reingreso (I-327): N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>		
<b>13.d.</b> Tarjeta de residente permanente ("Tarjeta verde", I-551): N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de tarjeta I-551:	
<b>13.e.</b> Documento de viaje para refugiados (I-571) N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>		
<b>13.f.</b> Tarjeta de permiso de trabajo (I-766) N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de tarjeta I-776:	
<b>13.g.</b> Visa de inmigrante legible por máquina (con idioma temporal I-551). Número de visa: _____ País de emisión: _____ Número de extranjero: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:	
<b>13.h.</b> Sello temporal I-551 (en el pasaporte o formularios I-94/I-94A) País de emisión: _____ Número de extranjero: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:	
<b>13.i.</b> Registro de entrada/salida (I-94/I-94A) emitido por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. Id. de SEVIS: _____	<input type="checkbox"/>	Número de I-94:	
<b>13.j.</b> Registro de entrada/salida en pasaporte extranjero vigente (I-94) País de emisión: _____ Id. de SEVIS: _____ Número de visa: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
<b>13.k.</b> Pasaporte extranjero vigente País de emisión: _____ Id. de SEVIS: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
<b>13.l.</b> Certificado de elegibilidad para condición de estudiante (I-20) no inmigrante (F-1) Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
<b>13.m.</b> Certificado de elegibilidad para condición de visitante de intercambio (J-1) (DS2019) Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
<b>13.n.</b> Otros documentos o tipos de condición Descripción del documento: _____ Número de extranjero: _____ Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	



**Familiar 2 - Pase directamente a la página 18 si no hay más miembros en su grupo familiar.**

1. Nombre                      Inicial del segundo nombre                      Apellido                      Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)

2. ¿Vive esta persona con usted, el solicitante principal?  Sí  No

3. Si la respuesta es NO, indique el domicilio particular de esta persona.                      Depto./unidad N.º                      Ciudad                      Estado                      Código postal

**4. Parentesco con usted, el solicitante principal:**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hermano/a               | <input type="checkbox"/> Cónyuge         | <input type="checkbox"/> Hijo/a                    | <input type="checkbox"/> Padre/madre                    |
| <input type="checkbox"/> Tío/a                   | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Hijastro/a                | <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra            |
| <input type="checkbox"/> Primo/a hermano/a       | <input type="checkbox"/> Ex cónyuge      | <input type="checkbox"/> Sobrino/a                 | <input type="checkbox"/> Tutor                          |
| <input type="checkbox"/> Yerno/nuera             |  | <input type="checkbox"/> Hijo/a de pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Suegro/a                       |
| <input type="checkbox"/> Cuñado/a                |  | <input type="checkbox"/> Nieto/a                   | <input type="checkbox"/> Abuelo/a                       |
| <input type="checkbox"/> Fideicomisario          |  | <input type="checkbox"/> Hijo/a adoptivo/a         | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho de padre/madre |
| <input type="checkbox"/> Pupilo                  |  | <input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza         |   |
| <input type="checkbox"/> Cuidador sin parentesco |  | <input type="checkbox"/> Dependiente patrocinado   |   |

5. Origen étnico (opcional)     Mexicano     Puertorriqueño     Cubano     Hispano de otro país     No hispano

6. Raza (opcional)                       Blanco     Negro o afroamericano     Nativo americano o nativo de Alaska     Hindú     Chino  
 Filipino     Japonés     Coreano     Vietnamita     Asiático de otro país     Nativo de Hawái     Guameño  
 Chamorro     Samoano     Nativo de otra isla del Pacífico     Otro

7. ¿Esta persona se encuentra actualmente en prisión?  Sí  No

7.a. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de liberación: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

## Familiar 2 - Información sobre ciudadanía o condición de inmigración

No responda las preguntas 9 a 12 si esta persona no solicita cobertura.

8. ¿Es usted un ciudadano estadounidense?  Sí  No

9. Si no es un ciudadano, ¿residió en los EE. UU. durante un período antes del 22 de agosto de 1996?  Sí  No

10. Proporcione información sobre su documentación de inmigración.

Si su condición de inmigración es elegible, brinde a continuación información sobre su documentación.

Tipo de documento	Número del documento	Vigencia (MM/DD/AA)
10.a. Certificado de ciudadanía: N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/> Número de ciudadanía	No corresponde
10.b. Certificado de naturalización: N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/> Número de naturalización	No corresponde
10.c. Permiso de reingreso (I-327): N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	
10.d. Tarjeta de residente permanente ("Tarjeta verde", I-551): N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/> Número de tarjeta I-551:	
10.e. Documento de viaje para refugiados (I-571) N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	
10.f. Tarjeta de permiso de trabajo (I-766) N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/> Número de tarjeta I-776:	
10.g. Visa de inmigrante legible por máquina (con idioma temporal I-551). Número de visa: _____ País de emisión: _____ Número de extranjero: _____	<input type="checkbox"/> Número de pasaporte:	
10.h. Sello temporal I-551 (en el pasaporte o formularios I-94/I-94A) País de emisión: _____ Número de extranjero: _____	<input type="checkbox"/> Número de pasaporte:	
10.i. Registro de entrada/salida (I-94/I-94A) emitido por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. Id. de SEVIS: _____	<input type="checkbox"/> Número de I-94:	
10.j. Registro de entrada/salida en pasaporte extranjero vigente (I-94) País de emisión: _____ Id. de SEVIS: _____ Número de visa: _____	<input type="checkbox"/> Número de pasaporte:  Número de I-94:	
10.k. Pasaporte extranjero vigente País de emisión: _____ Id. de SEVIS: _____	<input type="checkbox"/> Número de pasaporte:  Número de I-94:	
10.l. Certificado de elegibilidad para condición de estudiante (I-20) no inmigrante (F-1) Id. de SEVIS: _____	<input type="checkbox"/> Número de pasaporte:  Número de I-94:	
10.m. Certificado de elegibilidad para condición de visitante de intercambio (J-1) (DS2019) Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/> Número de pasaporte:  Número de I-94:	
10.n. Otros documentos o tipos de condición Descripción del documento: _____ Número de extranjero: _____ Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/> Número de pasaporte:  Número de I-94:	



**Familiar 3 - Pase directamente a la página 18 si no hay más miembros en su grupo familiar.**

1. Nombre                      Inicial del segundo nombre                      Apellido                      Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)

2. ¿Vive esta persona con usted, el solicitante principal?  Sí  No

3. Si la respuesta es NO, indique el domicilio particular de esta persona.

Depto./ unidad N.º	Ciudad	Estado	Código postal
-----------------------	--------	--------	---------------

**4. Parentesco con usted, el solicitante principal:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hermano/a               | <input type="checkbox"/> Cónyuge         | <input type="checkbox"/> Hijo/a                    | <input type="checkbox"/> Padre/madre                       |
| <input type="checkbox"/> Tío/a                   | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Hijastro/a                | <input type="checkbox"/> Padrastra/madrastra               |
| <input type="checkbox"/> Primo/a hermano/a       | <input type="checkbox"/> Ex cónyuge      | <input type="checkbox"/> Sobrino/a                 | <input type="checkbox"/> Tutor                             |
| <input type="checkbox"/> Yerno/nuera             |  | <input type="checkbox"/> Hijo/a de pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Suegro/a                          |
| <input type="checkbox"/> Cuñado/a                |  | <input type="checkbox"/> Nieto/a                   | <input type="checkbox"/> Abuelo/a                          |
| <input type="checkbox"/> Fideicomisario          |  | <input type="checkbox"/> Hijo/a adoptivo/a         | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho de<br>padre/madre |
| <input type="checkbox"/> Pupilo                  |  | <input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza         |  |
| <input type="checkbox"/> Cuidador sin parentesco |  | <input type="checkbox"/> Dependiente patrocinado   |  |

5. Origen étnico (opcional)  Mexicano  Puertorriqueño  Cubano  Hispano de otro país  No hispano

6. Raza (opcional)  Blanco  Negro o afroamericano  Nativo americano o nativo de Alaska  Hindú  Chino  
 Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  Asiático de otro país  Nativo de Hawái  Guameño  
 Chamorro  Samoano  Nativo de otra isla del Pacífico  Otro

7. ¿Esta persona se encuentra actualmente en prisión?  Sí  No

7.a. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de liberación: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

### Familiar 3 - Información sobre ciudadanía o condición de inmigración

*No responda las preguntas 9 a 12 si esta persona no solicita cobertura.*

**8.** ¿Es usted un ciudadano estadounidense?  Sí  No

**9.** Si no es un ciudadano, ¿residió esta persona en los EE. UU. durante un período antes del 22 de agosto de 1996?  Sí  No

**10.** Proporcione información sobre su documentación de inmigración.

*Si su condición de inmigración es elegible, brinde a continuación información sobre su documentación.*

Tipo de documento		Número del documento	Vigencia (MM/DD/AA)
<b>10.a.</b> Certificado de ciudadanía: N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de ciudadanía	No corresponde
<b>10.b.</b> Certificado de naturalización: N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de naturalización	No corresponde
<b>10.c.</b> Permiso de reingreso (I-327): N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>		
<b>10.d.</b> Tarjeta de residente permanente ("Tarjeta verde", I-551): N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de tarjeta I-551:	
<b>10.e.</b> Documento de viaje para refugiados (I-571) N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>		
<b>10.f.</b> Tarjeta de permiso de trabajo (I-766) N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de tarjeta I-776:	
<b>10.g.</b> Visa de inmigrante legible por máquina (con idioma temporal I-551). Número de visa: _____ País de emisión: _____ Número de extranjero: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:	
<b>10.h.</b> Sello temporal I-551 (en el pasaporte o formularios I-94/I-94A) País de emisión: _____ Número de extranjero: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:	
<b>10.i.</b> Registro de entrada/salida (I-94/I-94A) emitido por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. Id. de SEVIS: _____	<input type="checkbox"/>	Número de I-94:	
<b>10.j.</b> Registro de entrada/salida en pasaporte extranjero vigente (I-94) País de emisión: _____ Id. de SEVIS: _____ Número de visa: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
<b>10.k.</b> Pasaporte extranjero vigente País de emisión: _____ Id. de SEVIS: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
<b>10.l.</b> Certificado de elegibilidad para condición de estudiante (I-20) no inmigrante (F-1) Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
<b>10.m.</b> Certificado de elegibilidad para condición de visitante de intercambio (J-1) (DS2019) Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
<b>10.n.</b> Otros documentos o tipos de condición Descripción del documento: _____ Número de extranjero: _____ Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	



**Familiar 4 - Pase directamente a la página 18 si no hay más miembros en su grupo familiar.**

1. Nombre                      Inicial del segundo nombre                      Apellido                      Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)

2. ¿Vive esta persona con usted, el solicitante principal?  Sí  No

3. Si la respuesta es NO, indique el domicilio particular de esta persona.

Depto./ unidad N.º	Ciudad	Estado	Código postal
-----------------------	--------	--------	---------------

**4. Parentesco con usted, el solicitante principal:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hermano/a               | <input type="checkbox"/> Cónyuge         | <input type="checkbox"/> Hijo/a                    | <input type="checkbox"/> Padre/madre                       |
| <input type="checkbox"/> Tío/a                   | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Hijastro/a                | <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra               |
| <input type="checkbox"/> Primo/a hermano/a       | <input type="checkbox"/> Ex cónyuge      | <input type="checkbox"/> Sobrino/a                 | <input type="checkbox"/> Tutor                             |
| <input type="checkbox"/> Yerno/nuera             |  | <input type="checkbox"/> Hijo/a de pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Suegro/a                          |
| <input type="checkbox"/> Cuñado/a                |  | <input type="checkbox"/> Nieto/a                   | <input type="checkbox"/> Abuelo/a                          |
| <input type="checkbox"/> Fideicomisario          |  | <input type="checkbox"/> Hijo/a adoptivo/a         | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho de<br>padre/madre |
| <input type="checkbox"/> Pupilo                  |  | <input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza         |  |
| <input type="checkbox"/> Cuidador sin parentesco |  | <input type="checkbox"/> Dependiente patrocinado   |  |

5. Origen étnico (opcional)  Mexicano  Puertorriqueño  Cubano  Hispano de otro país  No hispano

6. Raza (opcional)  Blanco  Negro o afroamericano  Nativo americano o nativo de Alaska  Hindú  Chino  
 Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  Asiático de otro país  Nativo de Hawái  Guameño  
 Chamorro  Samoano  Nativo de otra isla del Pacífico  Otro

7. ¿Esta persona se encuentra actualmente en prisión?  Sí  No

7.a. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de liberación: Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

### Familiar 4 - Información sobre ciudadanía o condición de inmigración

No responda las preguntas 9 a 12 si esta persona no solicita cobertura.

8. ¿Es usted un ciudadano estadounidense?  Sí  No

9. Si no es un ciudadano, ¿residió esta persona en los EE. UU. durante un período antes del 22 de agosto de 1996?  Sí  No

10. Proporcione información sobre su documentación de inmigración.

Si su condición de inmigración es elegible, brinde a continuación información sobre su documentación.

Tipo de documento		Número del documento	Vigencia (MM/DD/AA)
10.a. Certificado de ciudadanía: N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de ciudadanía	No corresponde
10.b. Certificado de naturalización: N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de naturalización	No corresponde
10.c. Permiso de reingreso (I-327): N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>		
10.d. Tarjeta de residente permanente ("Tarjeta verde", I-551): N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de tarjeta I-551:	
10.e. Documento de viaje para refugiados (I-571) N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>		
10.f. Tarjeta de permiso de trabajo (I-766) N.º de extranjero:	<input type="checkbox"/>	Número de tarjeta I-776:	
10.g. Visa de inmigrante legible por máquina (con idioma temporal I-551). Número de visa: _____ País de emisión: _____ Número de extranjero: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:	
10.h. Sello temporal I-551 (en el pasaporte o formularios I-94/I-94A) País de emisión: _____ Número de extranjero: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:	
10.i. Registro de entrada/salida (I-94/I-94A) emitido por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. Id. de SEVIS: _____	<input type="checkbox"/>	Número de I-94:	
10.j. Registro de entrada/salida en pasaporte extranjero vigente (I-94) País de emisión: _____ Id. de SEVIS: _____ Número de visa: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
10.k. Pasaporte extranjero vigente País de emisión: _____ Id. de SEVIS: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
10.L. Certificado de elegibilidad para condición de estudiante (I-20) no inmigrante (F-1) Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
10.m. Certificado de elegibilidad para condición de visitante de intercambio (J-1) (DS2019) Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	
10.n. Otros documentos o tipos de condición Descripción del documento: _____ Número de extranjero: _____ Id. de SEVIS: _____ País de emisión: _____	<input type="checkbox"/>	Número de pasaporte:  Número de I-94:	



### Información sobre el representante autorizado

Nombrar un Representante Autorizado es opcional. Usted podría considerar el seleccionar un Representante Autorizado si necesita o desea recibir asistencia para asegurarse que comprenda totalmente noticias importantes o facturas de pago por seguros de salud enviadas por HealthSource RI. Un Representante Autorizado debe ser alguien de su absoluta confianza ya que esta persona será la única que recibirá ciertas informaciones de HealthSource RI de su parte. Esto incluye los boletines con información importante y sus facturas de pago de salud. Usted y su Representante Autorizado tendrán ambos acceso a su cuenta electrónica en HealthSource RI. Si desea nombrar un Representante Autorizado, marque "sí" a continuación y suministre la información de él o ella. Su representante autorizado debe ser mayor de 18 años y puede ser un amigo, familiar, o cualquier otra persona que usted elija.

¿Desea designar un representante autorizado?  Sí  No

Si la respuesta es **SÍ**, responda las siguientes preguntas:

**1.** Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (p. ej., Sr., Jr., I, II, III, IV, V, etc.) del representante autorizado

<b>1.a.</b> Dirección postal	Depto./unidad N.º	Ciudad	Estado	Código postal
------------------------------	-------------------	--------	--------	---------------

<b>1.b.</b> Número de teléfono principal <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Número de teléfono del trabajo (    )	<b>1.c.</b> Número de teléfono secundario <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Número de teléfono del trabajo (    )	<b>1.d.</b> Dirección de correo electrónico
---	--	---

**1.e.** Es posible que HealthSource RI necesite ponerse en contacto con usted en relación con el estado de la solicitud o para solicitarle información adicional. Medio de contacto preferido por el representante autorizado  Correo electrónico  Correo postal

**1.f.** ¿En qué horario prefiere que nos comuniquemos (por teléfono)?  Mañana  Tarde  Noche  Fines de semana  En cualquier momento

<b>1.g.</b> Idioma en el que prefiere hablar <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués	<b>1.h.</b> Idioma en que prefiere la correspondencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués
---	--

<b>1.i.</b> Nombre de la empresa/organización (si corresponde)	<b>1.j.</b> Id. de la organización (si corresponde)
--	---

**1.k.** El **solicitante principal** debe firmar al pie como reconocimiento de que tiene un representante autorizado que puede tomar decisiones en su nombre.

Firma **X** \_\_\_\_\_

### Sección exclusiva para asesores certificados para completar solicitudes, navegadores, agentes y corredores

Debe completar esta sección si es un asesor certificado para completar solicitudes, navegador, agente o corredor que completa esta solicitud en representación de otra persona.

**2.** Fecha de inicio de la solicitud (MM/DD/AAAA)

<b>2.a.</b> Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (p. ej., Sr., Jr., I, II, III, IV, V, etc.)
--------------------	----------------	----------	--

<b>2.b.</b> Nombre de la organización	<b>2.c.</b> Número de Id. (si corresponde)
---------------------------------------	--

**Lea detenidamente esta información antes de firmar.**

**CONSENTIMIENTO PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN PARA DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD**

Podemos brindarle un mejor servicio si trabajamos en colaboración con otras agencias y profesionales que lo conocen a usted y su familia. Al marcar el casillero de aceptación, brinda su autorización para que podamos obtener, utilizar y dar a conocer información confidencial sobre usted proveniente de diversas fuentes, entre ellas el Departamento de Trabajo y Formación de Rhode Island (R.I. Department of Labor and Training), el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (R.I. Department of Human Services), la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (R.I. Executive Office of Health and Human Services), el Departamento de Salud de Rhode Island (R.I. Department of Health), el Departamento de Servicios Correccionales de Rhode Island (R.I. Department of Corrections) y Experian en representación de los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services) y la Administración del Seguro Social (Social Security Administration).

No le denegaremos ningún beneficio ni el acceso a los programas para los que es elegible simplemente porque no nos otorga su autorización para obtener, utilizar y dar a conocer su información confidencial; sin embargo, no podremos ayudarlo a acceder a ciertos programas y ayudas a los que puede tener derecho si no contamos con su consentimiento para obtener y divulgar dicha información. Necesitamos su consentimiento para poder determinar su elegibilidad.

Puede proceder con la compra y adquisición de una cobertura de seguro de salud sin completar este consentimiento comunicándose con nuestro Centro de Contacto al teléfono 1-855-840-HSRI (4774). Sin embargo, si le interesa saber si es elegible a algún tipo de ayuda económica para la compra de una cobertura, a la cobertura financiada con fondos públicos o a otros programas y ayudas, deberá completar necesariamente este consentimiento.

Todo uso e intercambio de información que usted autoriza al marcar el casillero de aceptación se llevará a cabo de conformidad con todas las leyes y normativas federales y estatales pertinentes que protegen su privacidad, incluidas, entre otras, las siguientes: la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accounting Act of 1996) (Ley Pública 104-191, conocida como HIPAA); la Ley de Confidencialidad de las Comunicaciones y la Información sobre Atención Médica de Rhode Island (R.I. Confidentiality of Health Care Communications and Information) (Leyes Generales de Rhode Island [R.I.G.L., Rhode Island General Laws] 5-37.3-1 et seq.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12, así como todas las demás leyes y normativas pertinentes. La información se dará a conocer por medios informáticos.

Al marcar el casillero de aceptación, otorgo mi consentimiento para la obtención y uso de información confidencial sobre mi persona a fin de determinar mi elegibilidad para la inscripción en la cobertura de seguro de salud financiada con fondos públicos u otros programas financiados con fondos públicos administrados a través de este sitio, como así también para planificar, proporcionar y coordinar los pagos y beneficios.

Otorgo mi consentimiento para que se dé a conocer mi información a fin de determinar mi elegibilidad.

No otorgo mi consentimiento y comprendo que mi elegibilidad para determinadas ayudas y programas se verá afectada por esta decisión.

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades, y entiendo que puedo conservar una copia de la declaración de *Derechos y Responsabilidades de HealthSource RI* (incluida en las páginas 3 a 5 de esta solicitud).  Sí  No

**Declaración y firma**

He leído y comprendido la información de esta solicitud. Al firmar este documento, certifico bajo pena de perjurio que las respuestas son correctas y están completas a mi leal saber y entender, incluida la información sobre la ciudadanía y la condición de extranjero. Acepto además lo siguiente:

- Comprendo las preguntas y declaraciones contenidas en esta solicitud. En caso de no comprender alguna, sé que puedo recibir ayuda y obtener respuestas a mis preguntas comunicándome con HealthSource RI al teléfono 1-855-840-4774.
- Comprendo que puedo recibir sanciones por proporcionar información falsa o infringir las normas.
- Comprendo que la agencia puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones.
- Entiendo que, conforme a la Sección 40-6-15 de las Leyes Generales del Estado de Rhode Island (Rhode Island General Laws), se puede imponer una multa de un máximo de \$1,000 o una pena de hasta 5 (cinco) años de prisión, o ambas sanciones, a toda persona que obtenga o intente obtener asistencia pública a la que no tenga derecho, o bien que ayude o incite a alguien más a hacerlo, así como a toda persona que de forma intencional no declare debidamente sus ingresos, recursos o circunstancias personales, o los aumentos de estos, cuando superen los montos declarados con anterioridad.

Bajo pena de perjurio, doy fe de la veracidad de la identidad de los menores identificados en la presente y de toda la información contenida en esta solicitud. Comprendo que infringiré la ley si proporciono información errónea y que podré ser sancionado conforme a las leyes federales, estatales o ambas.

**Firma**

**Fecha**

**Firma del cónyuge**

**Fecha**





# RHODE ISLAND FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

Sírvase usar tinta y escribir en letra de molde legible.

A menos que esté marcada como optativa, toda la información solicitada es obligatoria.

## Puede usar este formulario para:

- Inscribirse para votar en Rhode Island.
- Cambiar su nombre o dirección en la inscripción.
- Escoger un partido político o cambiar de partido.

## Para inscribirse para votar en RI, tiene que:

- Vivir en Rhode Island.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Haber cumplido 16 años de edad.  
(Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones)

## INSTRUCCIONES

**Casilla 2: Obligatorio.** Ciudadanos y residentes de Rhode Island de 16 años de edad pueden inscribirse para votar usando este formulario. Si no marca alguna de estas casillas, se le devolverá el formulario. Si contesta NO, no complete este formulario.

**Casilla 3:** Si es la primera vez que se inscribe por correo para votar en Rhode Island o si alguien entrega este formulario a nombre suyo, se le **EXIGE** que dé el número de su licencia de conductor o número de identificación estatal expedido por el Departamento de Automotores (DMV) de Rhode Island. Si no tiene ninguno de los dos, deberá dar su los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social. Si no da los datos indicados arriba o si estos no se pueden verificar, se le pedirá que antes de votar le muestre al funcionario electoral un documento de identidad. Los documentos de identidad aceptables se detallan en la sede de la Junta de Elecciones en <http://www.elections.ri.gov> puede comunicarse con la Junta de Escrutadores local (ver el dorso de este formulario).

**Casilla 5:** Cada persona puede tener una sola residencia legal. Tiene que inscribirse con su residencia actual. Sólo puede indicar una casilla postal o ruta rural en la Casilla 6, "Dirección postal".

**Casilla 9:** Si deseas inscribirse como miembro de un partido político, marque la casilla correspondiente. **Si dejas la Casilla 9 en blanco, se inscribe sin afiliación.**

**Casilla 10:** Tiene que FIRMAR y FECHAR el formulario de inscripción. Si no lo hace, se le devolverá el formulario.

**Casilla 11:** Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de nombre legalmente, indique su nombre legal anterior.

**Casilla 12:** Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de dirección, indique su dirección anterior, **incluso si era fuera del estado.**

**Antes de que transcurran 3 semanas, recibirá un acuse de recibo del formulario de inscripción de votante. Si no lo recibe, comuníquese con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso). Si tiene preguntas o para averiguar más sobre las fechas límite, acuda a la sede en Internet de la Junta Electoral del estado en <http://www.elections.ri.gov> o póngase en contacto con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso).**

(Se autoriza la reproducción de este formulario)

Formulario de Inscripción de Votantes de Rhode Island

**1. Marque lo que corresponda:**  Inscripción votante nuevo  Cambio dirección  Cambio partido  Cambio nombre

**2.** Soy ciudadano de EE.UU. y residente de Rhode Island  Sí  No

Cumplido 16 años de edad. (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones)  Sí  No

Si marcó **NO** en cualquiera de estas casillas, no complete este formulario.

**3.** No. de licencia de conductor de RI   
No. de tarjeta de identidad de RI:

Si no tiene licencia o ID de RI, escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social:

Si no puso ningún número, vea arriba en Instrucciones, Casilla 3.

**4.** Apellido  Nombre  2° nombre (o la inicial)

**5.** Dirección residencial (No puede ser una casilla postal) Apto.  Ciudad/Pueblo  Estado  Código ZIP

**RI**

**6.** Dirección postal (si es distinta de la dirección de la Casilla 5) Apto.  Ciudad/Pueblo  Estado  Código ZIP

**7.** Fecha de nacimiento  **8.** No. de teléfono / Correo electrónico (optativo)  **9.** Selleccione su partido:  Demócrata  Moderado

Mes  Día  Año

Republicano  Sin afiliación  Otro

### 10. Juro o afirmo que:

- No estoy recluso ni en cárcel ni prisión, condenado por un delito mayor.
  - No he sido declarado "incompetente mental" para votar por ningún juzgado.
  - A mi leal entender, la información que he dado es verídica, so pena de perjurio.
- Si doy información falsa, puedo ser multado, encarcelado o (si no soy ciudadano de EE.UU.) deportado del país o se me puede negar el ingreso a Estados Unidos.

Uso oficial para código de barras

Firme aquí con su nombre completo o ponga su marca.

Fecha  **MM/DD/AAAA**  
de la   
firma

¿Le interesa trabajar en las urnas? (marque esta casilla)

**Advertencia:** Si firma este formulario a sabiendas de alguna falsedad, pueden ser condenado y multado hasta \$5,000 o encarcelado hasta 10 años.

**11.** Nombre anterior (si es disinto del de la Casilla 4)

**12.** Dirección de su inscripción anterior (Ciudad/Pueblo, Estado, ZIP y Condado)

Remite



Requiere franqueo. La Oficina Postal no hará entrega si no tiene el debido franqueo.

Remitir a: **BOARD OF CANVASSERS**

Three horizontal lines for address information.

\*\*\*\*\*Plegar aquí y pegar arriba con cinta\*\*\*\*\*

**INSTRUCCIONES PARA REMITIR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE**

Todo solicitante que opte por remitir su formulario de inscripción de votante por correo, deberá hacerlo de la manera siguiente:

- 1. Plegar el formulario en la línea punteada y usar cinta pegante para pegar el borde inferior del formulario con su borde superior.
2. Ubicar, en la lista que figura a continuación, la dirección de la Junta de Escrutadores en la ciudad o pueblo en el que se está inscribiendo para votar. Inserte dicha dirección en el espacio correspondiente debajo de "Remitir a: BOARD OF CANVASSERS" en el costado de la dirección del formulario de inscripción de votante. Escriba su remite en el espacio indicado.

NOTIFICACIÓN: Toda intromisión de su privacidad al inscribirse para votar o al escoger un partido político es contravención de la ley. Si usted considera que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse, o con su privacidad al tomar esta decisión, o al escoger un partido político, puede presentar una queja ante la Junta Estatal de Elecciones, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

JUNTAS DE ESCRUTADORES LOCALES

Table listing local election boards across Rhode Island, including locations like Barrington, Bristol, Cranston, and Providence.

Toda consulta sobre la inscripción de votantes puede dirigirse a:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov